UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 6

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Décembre 1914

PAR

Pierre WOÏTACHEWSKY

Né à Itchni (département de Tschernigoff), Russie, le 11 juin 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, professeur, *Président.*
SARDA, professeur.
VEDEL, agrégé libre
MASSABUAU, agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 6

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 16 Décembre 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Pierre WOÏTACHEWSKY

Né à Itchni (département de Tschernigoff), Russie, le 11 juin 1883

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examinateurs de la Thèse

RAUZIER, professeur, *Président.*
SARDA, professeur.
VEDEL, agrégé libre. } *Assesseurs*
MASSABUAU, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Anatomie pathologique	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (✲), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, a. l. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse ;

MM. RAUZIER, professeur, *président.*	MM. VEDEL, *agrégé libre.*
SARDA, professeur.	MASSABUAU, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MES PARENTS

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES AMIS

P. WOÏTACHEVSKY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER

Hommage respectueux.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

P. WOÏTACHEVSKY.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'HYSTÉRO-TRAUMATISME

INTRODUCTION

A la suite d'un traumatisme, physique ou moral, plus ou moins intense, on peut observer des accidents nerveux reproduisant tout ou partie de la symptomatologie de l'hystérie et constituant l'hystéro-traumatisme.

L'*hystéro-traumatisme* est donc simplement une hystérie reconnaissant comme cause *occasionnelle* un traumatisme; ce n'est pas une individualité morbide nouvelle et distincte; sa symptomatologie ne diffère point *essentiellement* de celle de l'hystérie banale. Toute la distinction réside dans la nature de la cause occasionnelle: « le traumatisme ». « On donne le nom d'hystéro-traumatisme, disent MM. Grasset et Rauzier (*Maladies du système nerveux,* 1894, p. 782), à tout un groupe de manifestations névrosiques, généralement tenaces, survenant à l'occasion d'un choc physique ou moral et reproduisant tout ou partie de la symptomatologie de l'hystérie, le plus souvent avec un élément neurasthénique surajouté. »

Ces accidents hystéro-traumatiques sont fréquents, sur-

tout à l'heure actuelle, en raison de la guerre qui réunit tous les facteurs étiologiques nécessaires à cette complication; d'où toute l'importance qu'il y a à les bien connaître, à notre époque surtout, en raison des lois sévères qui régissent les accidents du travail. Aussi avons-nous voulu en faire le sujet de notre thèse, ayant pour but de grouper les faits cliniques et d'en déduire des conclusions pratiques.

Dans un premier chapitre, nous étudierons l'historique de l'hystéro-traumatisme, ainsi que les différentes théories pathogéniques; dans un deuxième, nous exposerons les divers facteurs étiologiques qui provoquent l'hystérie traumatique et le rôle exact du traumatisme dans les accidents.

Dans un troisième chapitre, nous passerons en revue les symptômes et les formes cliniques de l'hystéro-traumatisme avec des observations à l'appui.

Dans un quatrième, nous exposerons le diagnostic différentiel de l'hystérie traumatique. Nous exposerons ensuite le pronostic de l'hystéro-traumatisme avec les applications médico-légales, et nous terminerons par le traitement de cette complication des traumatismes.

Mais, avant de commencer ce sujet, il est de notre devoir de remercier tous les maîtres de la Faculté qui, au cours de nos études, se sont intéressés à nous et ont contribué à nous former au point de vue médical.

En nous donnant les observations qui ont servi comme point de départ à notre thèse et en nous faisant l'honneur d'en accepter la présidence, M. le professeur Rauzier a ajouté une nouvelle marque de sympathie à celles qu'il n'a cessé de nous prodiguer durant nos études médicales. Dans notre pratique journalière, les savantes leçons entendues à sa clinique, la méthode avec laquelle il nous a appris à examiner le malade et à faire un diagnostic nous seront

d'un précieux secours. Nous sommes très heureux de lui adresser ici notre respectueux hommage de profonde reconnaissance.

Nous remercions vivement MM. les professeurs Sarda, Vedel et Massabuau qui ont bien voulu faire partie du jury de notre thèse.

Que MM. les docteurs Bonhomme et Colldecarera veuillent croire que nous apprécions hautement leurs attitudes amicales et bienveillantes pour nous.

Que MM. les docteurs H. Sabarthez, J. Massot et P. de Lamer veuillent bien agréer nos remerciements pour l'amabilité qu'ils ont toujours eue à notre égard durant notre long séjour comme interne à l'hôpital de Perpignan. Et, en particulier, nous adressons à M. le docteur H. Sabarthez, l'assurance de notre plus vive sympathie avec les sentiments de profonde reconnaissance.

HISTORIQUE

Les accidents hystériques post-traumatiques sont connus depuis longtemps, mais surtout depuis le milieu du siècle dernier, grâce aux travaux d'Erichsen (1866) et Page (1882), en Angleterre, et Charcot (1887), en France.

Avant Erichsen et Page, on trouve, dit Guinon, des observations indéniables d'hystérie développée sous l'influence du traumatisme.

Robert (Conférences de clinique chirurgicale faites à l'Hôtel-Dieu pendant l'année 1858-1859) relate le cas suivant, qui ne peut être rapporté qu'au mutisme hystérique : « Dans quelques cas, dit-il, la commotion cérébrale a un autre résultat. Les malades perdent l'usage d'un sens. J'ai vu une femme qui, à la suite de cet accident, avait totalement perdu la faculté de nommer les choses ; *j'ai vu également un maçon qui avait été privé de l'usage de la parole,* cet homme était à l'Hôpital Beaujon depuis cinquante-cinq jours ; il ne se plaignait pas de céphalalgie bien intense, mais il ne pouvait dire un mot ; la sœur me demanda à l'employer comme infirmier, j'y consentis ; un matin, il descendait l'escalier avec une infirmière qui portait une grande marmite de potage ; cette femme glissa sur l'escalier et fut inondée par le potage chaud ; notre homme était présent, il se prit à rire comme un fou et *recouvra aussitôt la parole.* »

Leudet, en 1860, cite des cas qu'il met sur le compte de la congestion de la moelle à la suite de chute ou d'efforts, et qui semblent bien devoir rentrer dans le cadre de l'hystérie traumatique. (Gilles de la Tourette.)

Kussmaul cite un cas décrit par Wertner. Une jeune fille de 13 ans tombe sous une voiture et n'a que quelques écorchures de la peau. Mais elle perd subitement la parole. Tout est tenté pendant treize mois, sans succès. Un beau jour, la jeune fille se précipite dans les bras de sa mère en disant à haute voix: « Maman, je parlerai encore. » Elle était guérie.

Cependant, il faut arriver au travail d'Erichsen, en 1866, pour voir la première bonne description de l'hystéro-traumatisme. Cet auteur rapporte quatorze cas de troubles nerveux post-traumatiques, mais il attribue ces accidents à des lésions médullaires et crée le terme de *railway-spine*.

En 1878, Charcot, dans ses remarquables leçons, traite longuement « de l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale ».

Les opinions localisatrices d'Erichsen sont acceptées par Erb et Leyden, en 1879, dans leur *Traité pratique des maladies de la moelle épinière;* mais la localisation médullaire ne va pas tarder à déchoir du rang élevé qui lui est assigné par l'auteur anglais.

En 1882, paraît l'ouvrage très remarquable de Page, suivi, en 1885, d'une deuxième édition, dans laquelle deux cent cinquante cas sont analysés. Le cerveau devient le siège principal des troubles fonctionnels observés et le *railway-spine* d'Erichsen est remplacé par le *railway-brain;* l'opinion générale qui se dégage de l'ouvrage de Page est que la neurasthénie et l'*hystérie* sont les principaux facteurs constitutifs du railway-brain.

A cette époque, dit Gilles de la Tourette, « les voies fer-

rées avaient pris une énorme extension, entraînant avec elles un cortège inévitable d'accidents; les traumatisés sollicitaient une indemnité des compagnies, et il était difficile, en présence des symptômes qu'ils présentaient et vu les connaissances médicales imparfaites du moment, de porter un diagnostic assuré. L'intérêt médico-légal était grand; c'est par ce côté qu'on aborda la question.

» Ce furent les Américains, gens pratiques et dans le pays desquels les grandes catastrophes de chemins de fer ne sont pas rares, qui l'envisagèrent les premiers.

» En 1882, Walton, retour de France, où il était venu se familiariser avec les maladies nerveuses, sous les auspices de Charcot, publie un mémoire dans lequel il trouve, chez ses malades, les signes de l'hystérie et rapporte, avec raison, à cette maladie les divers accidents nerveux qu'il constate comme conséquences du traumatisme. En 1884, Putnam arrive aux mêmes conclusions. » (Gilles de la Tourette.)

Pendant ce temps, en Allemagne, un courant d'idées totalement différent s'établissait, et Oppenheim et Thomsen veulent faire une névrose spéciale, la *névrose traumatique,* des accidents tels que: hémianesthésie, anesthésies sensorielles, rétrécissement du champ visuel, qu'ils ont rencontrés chez leurs malades.

En 1885, dans ses leçons sur l'hystérie chez l'homme et sur les paralysies hystéro-traumatiques, Charcot prouva que l'hystérie est souvent provoquée par un traumatisme. Il démontra que la plupart des accidents nerveux observés chez les traumatisés ne sont, en réalité, que des accidents hystériques identiques, à tous points de vue, avec ceux bien connus et désignés sous ce nom qui se produisent sous l'influence de toute autre cause.

Un peu plus tard, les élèves de Charcot (Berbez en 1887,

Guinon en 1888, Thyssen en 1888, Vibert en 1888, Gilles de la Tourette en 1889) ont définitivement établi que la névrose traumatique n'est pas une entité morbide, mais ressort de l'hystérie et de la neurasthénie.

Sous l'influence des travaux de l'Ecole de la Salpétrière, la question entra dans une nouvelle phase. C'est ainsi que, dans un mémoire lu à la Société de médecine de Berlin, le 16 janvier 1888, Oppenheim, sans abandonner l'idée d'une névrose traumatique, fit désormais une large place à l'hystérie dans les accidents nerveux survenus à la suite des collisions de chemins de fer. Mais l'idée d'une névrose spéciale liée au traumatisme trouve encore sa place dans la discussion qui suivit cette communication et dans une mémoire de Strümpell. Pour cet auteur, on doit distinguer deux groupes dans les affections nerveuses consécutives aux traumatismes : les névroses traumatiques générales et les névroses traumatiques locales. Ces dernières (paralysies, contractures, algies sans troubles psychiques) rentrent, suivant lui, dans l'hystérie.

En 1889, parut un nouveau mémoire de Thomsen sur la névrose traumatique et les leçons cliniques de M. le professeur Grasset sur l'hystéro-traumatisme.

En 1890, Mœbius s'élève contre la séparation entre la névrose traumatique et l'hystérie. « Mon opinion est que, sur le terrain pratique, il faut conserver le nom de névrose traumatique ; mais, par l'observation scientifique, cette névrose apparaît comme une forme d'hystérie. »

Schultze, au XIV^e^ Congrès des neurologistes et aliénistes de l'Allemagne du Sud (mai 1890 et juin 1891) et au Congrès de Berlin (1890), conclut qu'il y a diverses névroses traumatiques.

Page, en 1891, dans un nouvel ouvrage, s'exprime ainsi : « Personne de raisonnable ne peut douter, après la lecture

des travaux de Charcot, d'Oppenheim, de Strümpell, de Guinon, de Thorburn, de Dreschferd, de Mitchell et de bien d'autres, que les désordres hystériques soient enclins à suivre le traumatisme et à en être le résultat. Jamais, depuis aussi longtemps que je sache, on n'a trouvé, pour les qualifier, un meilleur terme que celui de l'hystérie traumatique. »

Enfin, Gilles de la Tourette, dans son merveilleux ouvrage sur l'hystérie normale, plaide d'une façon parfaite la cause de l'hystérie traumatique en faveur de son maître Charcot.

La loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail a donné à l'hystéro-traumatisme un renouveau d'actualité, et nombreux sont les auteurs qui, depuis, ont étudié la question au point de vue médico-légal.

Ainsi, en 1902, Markoff étudie, dans sa thèse, l'hystéro-neurasthénie traumatique et la loi du 9 avril 1898.

Aucopt, en 1903, examine l'hystérie traumatique au point de vue diagnostique et médico-légal.

Il en est de même de Durant-Bonnal (Thèse de Montpellier, 1904), de Monthelié (Thèse de Paris, 1905-06), de Chopart (Thèse de Paris, 1906-07), d'Ollive et Le Meignen (1909), de Friedel (1909), de Miller (1910), de Billsom (1910), de Drysdale (1910) et d'Ely (1912).

En 1909, MM. Forgue et Jeanbrau ont étudié la question d'une façon magistrale, dans la deuxième édition de leur livre, intitulé « Guide du médecin dans les accidents du travail ».

Enfin, Roux, dans l'iconographie de la Salpétrière, publie un article très intéressant qui résume la pathogénie et la symptomatologie de l'hystérie traumatique.

ETIOLOGIE

Ainsi que nous l'avons dit précédemment, le traumatisme joue un rôle indéniable comme agent provocateur de l'hystérie traumatique. Il peut être physique ou psychique, comme les émotions immédiates et les inquiétudes partielles; mais le traumatisme seul ne suffit pas pour engendrer ces troubles névrosiques; la preuve en est que tous les sujets traumatisés ne présentent pas des accidents hystériques; il faut, pour cela, l'état nerveux du sujet qui constitue un terrain propice. Il en résulte que nous avons à étudier, au point de vue étiologique, trois facteurs: le traumatisme physique, le traumatisme psychique et l'état nerveux du sujet.

I. Traumatisme physique. — Le choc physique, disent Delbet et Veau, est indispensable pour produire l'hystérie traumatique à manifestation locale. Par contre, l'hystérie généralisée peut s'observer sans traumatisme physique, comme, par exemple, à la suite d'une grande frayeur.

La *nature du traumatisme* est très variable. Le plus souvent, il s'agit de traumatismes *par collisions de chemins de fer;* ces traumatismes fournissent un fort contingent d'observations, par ce fait que ces accidents sont fréquents, et, par suite du grand nombre de victimes qu'ils

font à la fois, ils frappent fortement l'esprit du médecin. Lors de ces traumatismes, comme lors de tous les autres, du reste, il s'ajoute, au choc lui-même, une émotion morale vive, un shock nerveux qui, dans la circonstance, vient singulièrement en aide à l'agent provocateur. A l'heure actuelle, *la guerre* nous fournit une triste occasion d'observer fréquemment ces accidents névrosiques, et toutes les observations que nous rapporterons plus tard ont trait à des soldats venant du front avec ou sans plaie. Si on réfléchit bien aux conditions dans lesquelles se trouve, sur le champ de bataille, un soldat, on explique facilement la fréquence de ces accidents. En effet, les marches, les insomnies, le froid exaltent l'état nerveux du sujet et le rendent un terrain propice à l'hystérie à l'occasion d'un traumatisme physique (plaie par arme à feu, par arme blanche, contusion simple) ou psychique (vue des camarades tués ou plus ou moins mutilés par les obus, sensation de danger par un obus éclatant au voisinage).

Une *chute de voiture,* dans un escalier, la *morsure d'un chien, l'application d'un simple appareil à fracture* peuvent aussi être le point de départ d'hystéro-traumatisme. Guinon rapporte un cas dans lequel « le véritable traumatisme opératoire était une simple incision au niveau du périnée et où la manifestation hystérique a été provoquée par le traumatisme exercé sur la cuisse par l'un des aides, qui la tenait vigoureusement écartée ».

L'*intensité* du traumatisme n'importe guère plus que sa nature. C'est un fait connu, dit Gilles de la Tourette, que ce ne sont pas, dans les accidents de chemins de fer, les individus les plus violemment traumatisés qui sont nécessairement les plus sujets au développement d'accidents nerveux ultérieurs. La plupart de nos malades atteints d'hystéro-traumatisme présentaient une plaie insignifiante

(plaie du talon) ou même n'en présentaient aucune, mais ils étaient simplement projetés par terre « par le vent du boulet qui a éclaté près d'eux ».

Le *siège du traumatisme* importe peu ; en général, il intéresse la tête, mais il peut intéresser le tronc ou les membres. Toutefois, ce qui donne un intérêt spécial à la question, c'est que, parfois, le traumatisme a une action directe indiscutable sur la constitution de certains phénomènes d'hystérie locale. « Le siège de la manifestation hystérique locale, provoquée par le traumatisme, correspond exactement au lieu d'application du traumatisme ». (Thoinot.)

Charcot en cite des exemples tout à fait caractéristiques : une femme de 31 ans donne un soufflet à son enfant et présente, presque instantanément, une paralysie hystérique de la main avec anesthésie superficielle ou profonde en forme de gant, caractéristique, limitée en haut par une ligne circulaire passant à deux ou trois travers de doigt au-dessus du pli articulaire du poignet. — Un individu, bousculé par une voiture, perd connaissance. Revenu à lui, il est convaincu que les roues lui ont passé sur le corps, alors que des témoins oculaires affirment positivement le contraire. Quelque temps après, se développe une paraplégie, avec ligne circulaire d'anesthésie s'arrêtant net au niveau du passage présumé des roues de la voiture. M. Grasset, en 1891, a rapporté l'histoire fort intéressante d'un homme mordu par un chien enragé, chez lequel se développèrent des attaques d'hystérie rappelant les accès de rage.

II. Traumatisme psychique. — « Il faut entendre par là l'effroi, la peur, l'émotion provoqués chez un sujet par le traumatisme qui le frappe. Ce choc nerveux revêt des

caractères d'intensité naturellement très variés ; il est souvent en disproportion complète avec la gravité du traumatisme qu'il accompagne, car un traumatisme corporel léger peut intervenir dans des circonstances telles que le sujet en éprouve une profonde impression morale. » (Thoinot.)

C'est dans ce groupe (autant qu'au traumatisme) qu'il faut placer les tremblements de terre. Peyre-Porcher et Guiteras ont donné une bonne description des accidents de toute nature qui suivirent les tremblements de terre de Charleston en 1886. On trouve, dans ce dernier, des faits indéniables d'hystérie. A la suite du tremblement de terre de Nice (1887), Charcot a observé un cas de paraplégie hystérique dû à la frayeur.

D'Abundo a rapporté des observations intéressantes sur les états névropathiques consécutifs au tremblement de terre du 28 décembre 1908 en Sicile.

Dans la même catégorie, se placent les accidents hystériques développés à la suite du *choc de la foudre*. Ces derniers faits ont été magistralement étudiés et interprétés, en 1889, par Charcot, dans une leçon intitulée : *Accidents nerveux provoqués par la foudre*. « Dans les cas de fulguration, en outre des accidents nerveux qui relèvent directement de la commotion électrique, il faut s'attendre à voir souvent l'hystérie intervenir tôt ou tard ; lorsqu'une fulguration partielle aura déterminé la production d'une paralysie relevant directement de l'action électrique, si l'hystérie, par suite, entre en scène, la paralysie hystérique pourra se superposer et ensuite se substituer à la paralysie primitive. »

En 1891, d'autres auteurs, comme Limbeck, Vizioli, Freund et Kaiser ont également étudié les accidents névrosiques par coup de foudre.

A côté de la *frayeur immédiate* au moment de l'accident, il faut accorder une grande importance aux *inquiétudes morales* résultant du traumatisme; elles tiennent aux appréhensions du sujet, qui craint de ne plus retrouver sa vigueur antérieure, à ses inquiétudes pécuniaires, car, pour beaucoup, un accident entraîne la misère. La loi sur les accidents du travail a diminué l'importance de ces inquiétudes, mais elle a créé des préoccupations de procédure qui sont une véritable obsession.

III. Etat nerveux du sujet. — Ce facteur étiologique est d'une importance capitale, reconnue par tous les auteurs. En effet, l'hystérie traumatique s'observe:

a) Chez des hystériques avérés; l'exemple de ces cas ne sont pas rares.

b) Chez des sujets non atteints jusqu'au traumatisme, mais singulièrement prédisposés par leurs antécédents familiaux, ainsi que l'a montré Charcot par l'étude approfondie des antécédents héréditaires des malades traumatisés soumis à son observation.

c) Enfin, exceptionnellement, chez les individus absolument indemnes; cette classe est, à l'heure actuelle, très discutée. Charcot a rapporté des cas où le traumatisme a créé la névrose de toute pièce. Par contre, Terrier, étudiant, en 1908, le rôle exact du traumatisme dans les accidents hystéro-traumatiques, formule les conclusions suivantes:

1° Le traumatisme ne crée pas l'hystérie;

2° Le traumatisme ne crée même pas ordinairement l'accident hystérique chez l'hystérique;

3° Le traumatisme n'a pour effet que de préparer l'accident en jetant le trouble dans le système nerveux du blessé, en le surexcitant, en le rendant plus impressionnable, plus sensible aux suggestions;

4° Dans l'accident hystéro-traumatique, la suggestion ou l'auto-suggestion est le grand facteur qui crée le phénomène.

Charcot a donné une théorie pathogénique de l'hystérie fort séduisante et exposée, d'une façon très claire, par MM. Forgue et Jeanbrau :

Un accident, imprévu et dangereux, provoque deux effets : un choc physique et un choc psychique ou moral. Le choc physique suspend le fonctionnement du membre, qui demeure engourdi, douloureux, impotent pendant plusieurs jours. La peur, l'angoisse éprouvées au moment du danger, quelquefois un sentiment d'épouvante rétrospective éprouvé par le blessé qui se réveille après avoir perdu connaissance, provoquent un choc psychique qui trouble brusquement les fonctions cérébrales, suspend la conscience et, par suite, la faculté de contrôler les sensations parties de la région blessée.

« Grâce à cet état mental très spécial, dit Bouveret, le cerveau devient capable de suggestion et cette idée d'engourdissement, d'absence du membre blessé s'y implante, suivant l'expression de M. Charcot, à la façon d'un parasite. L'idée, tout erronée qu'elle soit, règne en maîtresse, et l'auto-suggestion suspend l'activité des deux centres moteur et sensitif qui, dans l'écorce cérébrale, correspondent à la motilité et à la sensibilité du membre blessé.

» De là, la paralysie du membre avec ses caractères très spéciaux et qui la désignent comme une paralysie cérébrale.

» L'impotence motrice intéresse les muscles associés pour les mouvements intentionnels, car c'est dans les centres corticaux que sont conservées les images de ces associations. L'anesthésie procède par segment de membre et se distribue comme la paralysie motrice. Or, c'est dans l'é-

corce cérébrale seulement, dans la région sensitive de cette écorce, qu'existent des centres représentant les zones anesthésiques du membre blessé. Le fonctionnement du cerveau associe nécessairement un centre moteur au centre sensitif correspondant. Aussi la paralysie fonctionnelle est-elle au même degré motrice et sensitive.

» Une interprétation analogue est applicable aux paralysies avec contractures, aux contractures hystéro-traumatiques. Si le traumatisme local a produit une contusion articulaire douloureuse, chaque mouvement réveille la douleur et une certaine rigidité des muscles immobilise la jointure. C'est cette sensation de rigidité musculaire que le cerveau du patient reçoit du membre blessé et qu'il transforme en contracture, comme tout à l'heure il transformait la sensation d'engourdissement ou d'absence du membre en une paralysie flasque. »

En somme, l'hystéro-traumatisme consiste, pour Charcot, dans une « suggestion traumatique » chez un hystérique latent ou chez un prédisposé. Cette suggestion traumatique équivaut à faire oublier des mouvements ou des sensations ou même les deux à la fois (hémiplégie avec hémianesthésie) sur une région déterminée. Charcot l'a reproduite expérimentalement : il plongeait une malade dans le sommeil hypnotique et lui frappait le coude. A son réveil, le coude de la malade était le siège d'une arthropathie identique à celle qu'aurait pu déterminer un traumatisme accidentel. Il s'agit donc bien de « paralysie psychique » et de « paralysie par imagination », comme le disait Charcot.

M. le professeur Grasset a appliqué, à la pathogénie de l'hystéro-traumatisme, sa doctrine du psychisme inférieur, et sa théorie éclaire parfaitement cette difficile question. On sait que Pierre Janet a distingué deux sortes de fonc-

tions psychiques. L'une, psychisme supérieur, répond à la conscience, au moi responsable, et il n'a pas de localisation corticale connue; l'autre, le psychisme inférieur ou subconscient, comprend les centres corticaux de l'audition, de la vision, de la parole, de l'écriture, de la sensibilité générale (centre tactile) et des mouvements coordonnés, ainsi que leurs voies d'association. Le psychisme inférieur, dont les centres et les voies de communication peuvent être schématisés par un polygone, fonctionne d'une façon inconsciente et automatique, sans l'intervention nécessaire de la volonté, de la conscience, placée idéalement en un centre O communiquant avec tous les centres polygonaux. C'est ainsi, dit M. Grasset, qu'en écrivant une phrase, nous créons l'idée avec notre centre O, et que nous faisons mouvoir notre main pour former des lettres et des mots avec notre polygone, d'une manière que l'habitude a rendue inconsciente et automatique. Pendant le sommeil, la vie polygonale n'est pas supprimée, seule la conscience dort. Le psychisme inférieur veille et les rêves sont l'élaboration du polygone séparé de la conscience.

Or, si, sous l'influence d'une émotion vive, d'un choc psychique, notre conscience (centre O) est brusquement anéantie en même temps qu'une région de notre corps est contusionnée, l'image de la lésion peut s'implanter dans le polygone, et, à son réveil, le malade ne peut plus mouvoir son membre traumatisé. Il a oublié les mouvements, « perdu son membre », à moins que, comme dans l'arthropathie, toute la région soit le siège d'une vive douleur que le moindre contact augmente. Le phénomène hystéro-traumatique est installé, et on conçoit qu'il sera d'autant plus difficile à supprimer qu'il sera de date plus ancienne. Cependant un traumatisme, analogue à celui qui a fait l'hystéro-traumatisme, peut le défaire rapidement.

On peut donc expliquer, à la lumière de l'ingénieuse théorie de M. le professeur Grasset, non seulement tous les faits d'hystéro-traumatisme, mais encore leur évolution, leur guérison brusque sous une influence quelconque et leur récidive dans des circonstances indépendantes d'un accident de travail. (Forgue et Jeanbrau.)

SYMPTOMATOLOGIE

Au point de vue symptomatologique, l'hystérie traumatique ne se distingue en rien de l'hystérie d'autre origine. Cela est évident, puisque le traumatisme n'est que la cause occasionnelle d'une ou plusieurs manifestations.

On pourra donc observer l'hystérie générale, c'est-à-dire des crises d'hystérie, ou bien des manifestations locales: motrices (paralysies, contractures, certains mouvements anormaux), sensitives (anesthésies, hyperesthésies), sensorielles (troubles de la vue, de l'audition, du goût), et, enfin, psychiques.

1° *Les crises hystériques.* — Les crises, assez rares d'ailleurs, apparaissant presque uniquement après les accidents ayant occasionné une émotion vive, sont essentiellement protéiformes. A moins que le blessé n'ait eu, dans son entourage ou à l'hôpital, un *cas* à imiter, il *imagine* sa crise: ce ne sont alors que contorsions, grimaces, mouvements désordonnés, tremblements convulsifs, soubresauts, donnant immédiatement l'impression que le sujet se moque de son entourage. Plus tard, le malade perfectionne sa *technique* et stéréotype ses manifestations. Un hystérique qui a été à même de voir une crise d'épilepsie l'imite souvent avec une grande perfection.

Cependant, dans cette imitation, il y a presque toujours

des nuances : la chute est moins brutale, les phases cloniques et toniques moins nettes, les mouvements plus désordonnés, comme si le malade *voulait trop bien faire*. En tout, il y a une manifestation (à la vérité inconstante et pas toujours facile à constater dans l'épilepsie vraie) que l'hystérie ne peut imiter, c'est la mydriase à la fin de la crise. La région traumatisée constitue souvent une zone hystérogène, comme on le verra dans le cas suivant, observé dans le service de M. le professeur Rauzier.

Observation Première

(Due à l'obligeance du docteur OEconomos. — Service de M. le professeur Rauzier.)

B. P..., âgé de 26 ans, entre le 27 août dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, 26, pour douleurs constrictives du cou et de la nuque.

Le malade, sans aucun antécédent pathologique, a été blessé le 14 août par un éclat d'obus au niveau des parties molles du talon droit.

Depuis cette époque, il accuse des douleurs un peu partout, mais surtout à la nuque, de la difficulté à la déglutition et des cauchemars. En outre, depuis quelques jours, il présente un syndrome méningé peu net : vomissements, constipation, céphalée, légère raideur de la nuque. Pas de fièvre. Rien aux urines.

Examen. — Complexion moyenne ; teint normal. La langue est saburrale ; rien au pharynx ; le ventre est légèrement endolori en raison des selles nombreuses provoquées par une purgation. Rien aux poumons. Rien au cœur. Sensibilité, motilité, réflectivité et trophicité normales. Pas de signe de Kernig ; pas de raie cérébrale de Trousseau. Les pupilles sont régulières, égales et peu contractiles. Le champ visuel est normal.

En présence de ce tableau clinique, on fait le diagnostic de névrose traumatique avec léger embarras gastrique et on administre un vomitif.

A la suite de cette médication, le malade a présenté une crise nerveuse, caractérisée par des contorsions, des grimaces, des mouvements désordonnés, de la contracture généralisée, le décubitus ventral et frémissement palpébral. Cette crise survient chaque fois qu'on panse la plaie, dure un quart d'heure environ, devient de plus en plus typique et se termine par des rires ou quelquefois des pleurs. Le diagnostic d'hystérie traumatique n'est pas douteux. Le malade sort, après un mois et demi de séjour à l'hôpital, sans être guéri de ses crises, malgré les douches et le bromure.

2° *Les paralysies.* — La paralysie hystérique est la forme la plus fréquente; elle a été la première connue.

Rarement elle débute aussitôt après l'accident. « En général, dit Charcot, la paralysie hystéro-traumatique ne se produit pas immédiatement après l'accident; son apparition est précédée, dans la règle, d'une période d'incubation que j'appelle quelquefois à dessein *période de méditation*, et qui peut durer de vingt-quatre à quarante-huit heures. Pendant ce temps, les sentiments de faiblesse, d'engourdissement et de pesanteur des membres sont les seuls symptômes subjectifs accusés par le malade. » Cette paralysie peut même apparaître plus de dix ans après la blessure. Généralement elle s'installe d'emblée, mais parfois elle se constitue progressivement.

La paralysie hystéro-traumatique présente les *caractères* suivants:

La *motilité* est abolie, mais le muscle a conservé l'excitabilité électrique du tissu musculaire; il répond même d'une façon exagérée aux excitations mécaniques. Les réflexes sont conservés.

La *sensibilité* est généralement modifiée. L'anesthésie peut être complète, superficielle et profonde, avec perte de la sensibilité articulaire et du sens musculaire; elle peut

être segmentaire ; généralement, elle s'étend plus haut que la paralysie.

La *nutrition* peut être altérée. L'atrophie n'est généralement pas un accident précoce.

La *topographie de la paralysie* est variable, mais il n'y a jamais, dans l'hystérie, des paralysies dissociées, comprenant exactement et uniquement le territoire d'un nerf périphérique ou d'une racine. Par contre, on y voit des paralysies de membres, de segments de membre ou de groupes musculaires fonctionnellement associés.

Les *paralysies segmentaires* frappent la main ou le pied.

La *monoplégie brachiale* est la forme la plus commune. Le bras pend inerte, absolument insensible ; le malade a perdu la notion de son existence. D'autres fois, il a la sensation d'un poids, mais très lourd à soulever.

La *monoplégie crurale* est plus rare ; la paralysie est flasque et le malade traîne après lui sa jambe malade comme un corps inerte (démarche helcopode) ; par contre, dans la paralysie organique, le malade marche en fauchant (démarche hélicopode).

La *paraplégie* est plus fréquente et s'accompagne d'une contracture, ou fugace ou très précoce ; dans ce dernier cas, les malades ne peuvent détacher les pieds du sol, les cuisses sont rapprochées : elles s'avancent en frottant les genoux l'un contre l'autre. Les réflexes rotuliens sont normaux ; il ne se produit pas d'escarre sacrée et les troubles rectaux ou vésicaux sont excessivement rares. Le signe de Babinski fait défaut.

L'*hémiplégie* respecte généralement la face. Mais l'association de l'hémispasme glosso-labié n'est pas exceptionnelle.

Ces diverses paralysies peuvent exister seules, constituant un hystéro-traumatisme monosymptomatique ; mais

souvent, on voit se développer d'emblée ou successivement une série plus ou moins complète de stigmates et de manifestations hystériques, physiques et psychiques: troubles de la sensibilité générale en dehors de la zone paralysée, troubles des diverses sensibilités sensorielles (surdité, anosmie, rétrécissement concentrique du champ visuel, avec ou sans dyschromatopsie et inversion du champ des couleurs, diplopie monoculaire, etc.), attaques convulsives dans les divers modes, etc. (Thoinot.)

La *terminaison* de la paralysie est toujours favorable. Elle intervient spontanément, ou sous l'influence du traitement, ou par l'effet d'une émotion, ou à la suite d'une grande attaque. La guérison peut être brusque ou bien graduelle.

Chez certains sujets, et en particulier chez les hommes, les paralysies hystéro-traumatiques sont fort tenaces, durables, difficiles à guérir. Les durées de plusieurs mois, plusieurs années ne sont pas exceptionnelles.

Observation II

(Due à l'obligeance de Mlle Rocca. — Service de M. le professeur Rauzier.)

M. A..., âgé de 30 ans, luthier, entre le 29 novembre 1914 dans le service de M. le professeur Rauzier.

Le malade, sans aucun antécédent nerveux, personnel ou héréditaire, a été projeté, le 6 septembre, par le déplacement d'air d'un obus. Le lendemain, le membre inférieur gauche fut complètement paralysé. Actuellement, il accuse de la faiblesse du membre inférieur gauche, sans douleur, sans troubles sphinctériens. Depuis quelques jours, il présente du tremblement dans le bras gauche. La vue est très diminuée depuis le traumatisme et le malade présente de la polyopie monoculaire.

Examen. — Le malade ne peut faire aucun mouvement de la jambe gauche, qu'il ne peut relever au-dessus du plan du lit.

Anesthésie de la jambe limitée par une ligne circulaire passant par le genou. Toutes les sensibilités sont abolies à ce niveau.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont normaux; pas de réflexes plantaires des deux côtés, pas de troubles trophiques à la jambe gauche. Anesthésie pharyngée, frémissement palpébral, zones hystérogènes, champ visuel rétréci, surtout à gauche. Rien de particulier aux membres supérieurs et membre inférieur droit. Rien aux divers appareils.

En présence de ce tableau, on fait le diagnostic de: *paralysie hystéro-traumatique du membre inférieur gauche,* et on prescrit des bains sulfureux à 100 grammes de sulfure de potassium et la faradisation intensive.

3° *Les contractures.* — La contracture hystéro-traumatique est moins fréquente que la paralysie flaccide. Elle porte en général sur un segment de membre, mais elle peut affecter aussi les formes paraplégique et hémiplégique, comme on le voit dans l'observation suivante (obs. III).

Les doigts se placent en flexion ou extension, immobilisés, dans l'attitude d'une main qui veut écrire. Le poignet se fléchit ou se place en rectitude. L'avant-bras se fléchit à angle obtus, en supination; plus rarement, il est en extension complète. Le bras se serre contre la poitrine. Le pied se place en varus équin; les orteils sont fléchis, ainsi que le genou.

Les mouvements volontaires sont très limités; les mouvements provoqués rencontrent une résistance presque invincible. Les réflexes sont exagérés et parfois même il existe de la trépidation épileptoïde, mais cette exagération des réflexes est souvent plus en rapport avec l'état spasmodique du sujet. Sous l'anesthésie générale, les muscles se détendent, les articulations reprennent leur souplesse et leur mobilité. L'atrophie musculaire survient

quelquefois au bout d'un certain temps. Mais on ne trouve jamais la réaction de dégénérescence. On a décrit quelques cas de contractures hystéro-traumatiques des massétèrs. (Thoinot.)

L'évolution et le pronostic sont les mêmes que pour les paralysies. Mais il est un facteur de gravité plus grand, c'est la rétraction tendineuse; elle peut nécessiter des interventions chirurgicales.

Voici une observation de contracture hystérique à forme hémiplégique :

Observation III.

(Due à l'obligeance du docteur OEconomos. — Service de M. le professeur Rauzier.)

B. C..., âgé de 25 ans, ouvrier dans la fabrication d'instruments de chirurgie à Paris, entre le 5 novembre 1914 dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, 41, pour hémicontracture gauche.

Il s'agit d'un ancien hystérique et né d'une mère hystérique, qui, le 8 septembre 1914, a été couvert dans sa tranchée par de la terre soulevée par un obus; il y est resté quatre heures, avec perte de connaissance complète. Lorsqu'il a repris connaissance, il présenta de l'hémicontracture gauche avec mutisme et diplopie. Au bout de quatre jours, le mutisme a disparu complètement et brusquement, il en fut de même de la diplopie.

Actuellement, il accuse quelques douleurs dans la moitié gauche du corps et de l'impotence complète des membres supérieur et inférieur correspondants. Tous les autres appareils sont normaux.

A l'examen, on trouve une complexion plutôt grêle et un teint normal. Au niveau des membres gauches (supérieur et inférieur), on constate : de la contracture en extension; les doigts, le poignet et le coude sont en extension; il en est de même du genou et de la hanche; le pied est placé en varus équin; les mouvements actifs

et passifs sont complètement abolis. Cependant l'excitabilité électrique est normale, « pas de différence caractéristique entre les muscles symétriques droits et gauches; pas de lenteur de contraction ». (M. le professeur Imbert.) Les réflexes sont abolis aux genoux et normaux aux bras. Le signe de Babinski fait défaut; la sensibilité, à tous les modes, est abolie; pas de troubles trophiques appréciables.

Au niveau des membres droits et de la face, la motilité, la sensibilité, les réflexes et la trophicité sont normaux. Il existe, au niveau de la fosse iliaque droite, une zone hystérogène; la sensibilité pharyngée est abolie, et on trouve un rétrécissement très marqué du champ visuel gauche, alors qu'il est normal à droite.

Rien à l'examen des divers appareils.

En présence de ce tableau clinique, le diagnostic de contracture hystérique à forme hémiplégique ne fait pas de doute et l'examen électrique est là pour le confirmer.

On ordonne au malade des bains sulfureux et de la faradisation intensive, mais l'hémicontracture persiste encore.

4° *Mouvements anormaux.* — Ils sont extrêmement variables, selon ce que le malade trouve à imiter ou imaginer. On peut cependant les ranger en trois groupes: les tremblements, les myoclonies et les spasmes.

Il y a d'abord un tremblement spasmodique généralisé qui se voit surtout, pendant l'examen, chez un grand nombre de névropathes, et semble être un stigmate d'émotivité. Il se produit, pendant l'examen, lorsqu'on fait étendre les mains et alors se traduit surtout à la racine du membre par les mouvements transmis à la chemise, lorsqu'on recherche le réflexe rotulien et alors prend oridinairement le rythme et la forme de la trépidation épileptoïde. Roux considère ce tremblement comme une manifestation de nervosisme simple ou d'émotivité.

Ensuite, il y a d'autres tremblements que l'hystérique essaie d'imiter, plus ou moins bien. En voici deux exem-

ples curieux que nous avons observés dans le service de M. le professeur Rauzier.

Observation IV

(Due à l'obligeance du docteur OEconomos. — Service de M. le professeur Rauzier.

H. M..., âgé de 22 ans, entre le 3 octobre 1914 dans le service de M. le professeur Rauzier, à la salle Espéronnier, 35.

Il s'agit d'un malade qui ne présente aucun antécédent nerveux personnel ou héréditaire et fut blessé, le 7 septembre, à la fesse gauche, au niveau d'une ligne horizontale passant par l'extrémité supérieure du pli interfessier. Le malade a gardé le lit pendant un mois et demi jusqu'à guérison complète de sa plaie, qui n'intéressait que les parties molles. Lorsqu'il a essayé de se lever, il a remarqué que son membre inférieur gauche tremblait. En outre, le 23 novembre, le malade a eu une crise de douleur et de tremblement, partant de la fosse iliaque gauche, se propageant à tout le côté correspondant, accompagnée d'un état lypothymique, mais sans perte de connaissance.

Actuellement, le tremblement persiste; il débute par le membre inférieur gauche, puis ne tarde pas à s'étendre sur le membre supérieur gauche et la moitié correspondante de la face; il se compose d'oscillations relativement lentes et très amples; il s'exagère à l'occasion des mouvements volontaires et lorsque le malade réussit à attirer l'attention de l'assistance.

La complexion du sujet est moyenne; le teint est normal. La force est bien conservée pour tous les mouvements: la sensibilité est abolie au niveau du pied et de la jambe gauches jusqu'au-dessus du genou; il en est de même au niveau de l'avant-bras gauche; elle est normale partout ailleurs. Les réflexes rotuliens sont vifs des deux côtés; il n'y a pas de trépidation épileptoïde; les réflexes achilléens et plantaires sont normaux; il n'y a pas de troubles trophiques ni réaction de dégénérescence; pas de signe de névralgie sciatique. Il existe, au niveau de la fosse iliaque gauche, une zone hystérogène; il n'y a pas d'anesthésie pharyngée, ni rétrécissement du champ visuel.

Rien à signaler du côté des divers appareils.

Comme on le voit, il s'agit ici d'une hystérie traumatique, caractérisée surtout par de l'hémitremblement.

On ordonne des bains chauds avec 500 grammes d'amidon et une potion bromurée.

Depuis un mois que le malade est dans le service, l'état reste stationnaire.

Observation V

(Due à l'obligeance du docteur OEconomos. Service de M. le professeur Rauzier)

H. G..., âgé de 20 ans, élève à l'école Saint-Maixent, entre, le 17 novembre 1914, dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Bichat, 32, pour tremblement sur tronc.

Le 22 septembre, le malade fut projeté par l'air déplacé par un obus; il n'a pas perdu connaissance, mais, en se relevant, il s'est mis à trembler brusquement Depuis cette époque, le malade accuse du tremblement et une légère faiblesse de la vue.

Sa complexion est plutôt grêle; son teint est normal. Le tremblement est constitué par des secousses, peu rapides, très amples, rythmiques, existant au repos et intéressant les muscles du dos, des épaules et de la nuque; ce sont les mouvements de haussement des épaules et de salatutation qui prédominent.

Le tremblement survient ou augmente lorsque le malade croit avoir attiré l'attention des assistants.

Les muscles des membres ne présentent pas de mouvements anormaux. La motilité, la sensibilité, la réflectivité et la trophicité sont normales. Il existe de l'anesthésie pharyngée, mais pas de rétrécissement du champ visuel, les divers appareils sont normaux.

On fait le diagnostic de tremblement hystérique et on prescrit des douches quotidiennes, en jet brisé, à 20 degrés, pendant 30 à 40 secondes, et une potion bromurée.

Pas d'amélioration appréciable.

En fait de *myoclonies,* ce que l'on voit surtout, ce sont les pseudo-chorées, constituées, le plus souvent, par des

mouvements rythmiques, quelquefois par des gesticulations étranges, donnant immédiatement l'impression de la simulation. L'observation précédente (obs. V) peut rentrer très bien dans ce groupe de mouvements anormaux.

Enfin, les *spasmes* fonctionnels peuvent être multiples, se localisent dans n'importe quel muscle à l'occasion de n'importe quelle fonction. Roux en rapporte un bel exemple : A..., débile mental et hypothyroïdien, en soulevant un fût, le 17 août 1905, ressent une vive douleur au niveau de la paroi abdominale. A partir de ce moment-là, il n'a jamais pu travailler... Il présentait, entre autres, le trouble suivant : pendant la marche, la cuisse gauche était immobilisée en flexion sur le bassin ; il en résultait une boiterie intense, ressemblant à celle des anciens coxalgiques ankylosés en flexion ; dès qu'il s'arrêtait, la cuisse se remettait en position normale, en extension parfaite, sans inclinaison ni courbure de compensation de la colonne. Donc, par le seul examen de la marche et de la station debout, on arrivait à cette constatation : immobilisation de l'articulation de la hanche en flexion, se produisant seulement à l'occasion de la marche. Le reste de l'examen confirmait l'hypothèse de spasme, en montrant l'intégrité parfaite de tous les tissus et des nerfs.

De ce cas, on peut rapprocher l'observation suivante :

Observation VI

(Due à l'obligeance du docteur OEconomos. Service de M. le professeur Rauzier)

M. R..., âgé de 27 ans, instituteur, entre, le 12 novembre 1914, dans le service de M. le professeur Rauzier, salle Espéronnier, 10, pour difficulté de la marche.

Ce malade, sans aucun antécédent, a eu, le 22 septembre, une

petite plaie cutanée du dos par un éclat d'obus. Après avoir fait une marche de 50 mètres pour rejoindre le corps des brancardiers, il s'est fait porter successivement au poste de secours, à l'ambulance et à l'Hôpital Suburbain.

Actuellement, il accuse des élancements au niveau de la cicatrice dorsale, s'irradiant aux membres inférieurs. A l'interrogatoire des divers appareils, il n'y a rien à signaler. La complexion du sujet est moyenne, son teint normal. A l'examen, on trouve de l'asthénie bilatérale des membres inférieurs; le sujet réagit vivement lorsqu'il est prié de s'asseoir; la sensibilité est normale. Les réflexes rotuliens sont un peu vifs, mais il n'y a pas de trépidation épileptoïde; pas de signe de Babinski. Pas d'atrophie musculaire.

A droite de la colonne dorsale, il existe une petite cicatrice, qui, avec la région environnante, paraît constituer une zone hystérogène; ainsi que les fosses iliaques. Il y a de l'anesthésie pharyngée; le champ visuel est normal. Rien à signaler du côté des divers appareils.

Ce qui est intéressant, c'est la démarche du sujet. Dès qu'on lui dit de quitter le lit pour marcher, le malade se met à avoir des secousses désordonnées et généralisées. Pendant la marche, les membres inférieurs sont contracturés et la démarche est spasmodique.

5° *Les troubles de la sensibilité.* — Ils consistent en hyperesthésies ou anesthésies et sont tellement fréquents qu'ils constituent des stigmates d'hystérie.

Les hyperesthésies se bornent, en général, à la région traumatisée, dont le contact ou la pression produisent de la douleur et peuvent même déterminer et arrêter à la fois un accès convulsif. Par leur intensité et leur localisation, ces douleurs peuvent simuler les affections organiques (mal de Pott, méningite, migraine ophtalmique, angine de poitrine, coxalgie).

Les anesthésies sont encore plus fréquentes que les hyperesthésies. L'anesthésie de la peau, complète ou disso-

ciée,superficielle et profonde, a une distribution caractéristique: rarement hémianesthésie complète, le plus souvent segmentaire, quelquefois insulaire. Ces anesthésies sont mobiles et changent de place sous l'influence des esthésiogènes et des explorations. L'anesthésie peut intéresser la muqueuse du pharynx, la conjonctive et la rétine (d'où rétrécissement du champ visuel).

De la discussion de la Société de neurologie, qui a eu lieu en avril et mai 1908, il résulte que, dans un grand nombre de cas, l'hémianesthésie est d'origine suggestive et que c'est le médecin qui l'a créée. (Brissaud.)

6° *Troubles sensoriels.* — De toutes les parties de l'organisme, l'œil est, sans contredit, celle que l'hystérie traumatique, comme l'hystérie banale, frappe le plus volontiers. (Durand.) Chalupecky, au III[e] Congrès de médecine et des naturalistes tchèques, en 1901, et Durand, dans sa thèse, insistent sur la fréquence des troubles oculaires survenus à la suite de traumatismes. Ce dernier les a très bien décrits sous la dénomination « l'œil hystéro-traumatique ». Ces troubles oculaires sont: *le rétrécissement du champ visuel,* l'amaurose, l'hémianopsie, la dyschromatopsie (le champ visuel du rouge est plus étendu que celui du vert et du bleu), l'érythropsie, l'achromatopsie, la photophobie, la *polyopie monoculaire,* la micromégalopsie, l'astigmatisme, les paralysies oculaires, le blépharospasme.

La surdité hystéro-traumatique est exceptionnelle, et Kayser en a signalé quelques cas.

Guinon, Robert, Kussmaul ont signalé des cas de mutisme hystéro-traumatique. L'aphonie est subite absolue et cesse brusquement sous l'influence d'une vive impression physique.

Voici une observation de surdi-mutité hystéro-traumatique, observée dans le service de M. le profeseur Rauzier:

Observation VII

(Due à l'obligeance du docteur Œconomos. Service de M. le professeur Rauzier)

B. J..., âgé de 23 ans, menuisier, avec des antécédents personnels névropathique. A l'occasion d'un éclatement d'obus dans son voisinage, le 16 septembre, perd connaissance pendant deux ou trois jours. Lorsqu'il a repris connaissance, il s'est aperçu qu'il ne pouvait ni parler ni entendre. C'est dans cet état de surdi-mutité qu'il fut conduit, le 28 septembre, à l'Hôpital Suburbain, salle Espéronnier, 17.

Après un séjour d'une heure environ, le malade demanda à boire à la sœur, et, à partir de ce moment, il a été guéri de sa surdi-mutité. Le lendemain, à l'examen, ne présenta aucune lésion, et les seuls symtômes qui persistaient étaient l'anesthésie pharyngée, le rétrécissement du champ visuel et l'existence d'une zone hystérogène au niveau de la fosse iliaque droite.

7° *Les troubles psychiques.* — « L'hystérique, dit Souques, est un être extraordinairement crédule, et, chez lui, une idée, une suggestion venue du dehors prend aussitôt des proportions énormes, envahit l'esprit au point de l'obséder, de faire naître une hallucination et de se traduire objectivement sous un aspect clinique approprié. D'où la nécessité pour le médecin expert de ne tenir aucun compte des récits de ces malades sur la nature et les circonstances du sinistre qui les a frappés. L'amnésie est fréquente. Elle est mobile, limitée à certaines périodes de la vie du sujet ou à certains événements. « Les souvenirs ne sont pas perdus; leur évolution seule est impossible ». (Souques.) Il y a de même un affaiblissement de la volonté qui peut aller jusqu'à l'aboulie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'hystéro-traumatisme est d'une importance capitale en pratique, surtout depuis la loi de 1898.

« En face de pareils accidents, disent Delbet et Veau, le praticien doit savoir hésiter et attendre pour se prononcer. Depuis la loi de 1898, une erreur de diagnostic peut porter un grand préjudice à une des parties. Ces accidents d'hystéro-traumatisme sont souvent des accidents du travail. La loi accorde le demi-salaire tant que l'affaire n'est pas réglée. Elle s'en remet au médecin pour déterminer le degré d'incapacité de travail. » Raymond rapporte l'histoire d'un jeune homme atteint de monoplégie crurale hystéro-traumatique non simulée, qui dansait au Moulin-Rouge le soir du jour où le Tribunal lui avait octroyé 1.500 francs de dommages-intérêts.

MM. Forgue et Jeanbrau insistent sur *la possibilité, par des interrogatoires et des examens mal conduits et des réflexions imprudentes, de créer, d'étendre ou de fixer des paralysies, des anesthésies, des contractures hystériques en puissance ou de date récente.* « Il n'est pas rare de rencontrer des malades auxquels le médecin a appris qu'ils avaient une semi-anesthésie dont ils ne se doutaient pas et qui chômeront des mois entiers, alors qu'ils auraient guéri rapidement et repris leur travail si on ne leur avait rien

dit. » Gilbert-Ballet, à propos du traitement des hystériques dans les hôpitaux, a attiré l'attention sur l'influence fâcheuse des examens faits successivement par l'externe, l'interne et le chef de service, examens qui constituent autant de suggestions pathogènes et ont pour résultat de renforcer la manifestation hystéro-traumatique. Et les malades s'en vont répétant : « Le docteur a dit que j'étais paralysé; le docteur a dit que je ne guérirai pas. » Un malade du professeur Raymond est un exemple de cette fâcheuse intervention médicale. C'est un employé de chemin de fer qui est projeté d'un wagon en marche sur la voie, à 3 heures du soir. Dans sa chute, sa hanche gauche porte sur un rail. Il ne perd pas connaissance, on le transporte à domicile. A 11 heures du soir, le médecin vient le voir, constate l'absence de fracture et l'existence d'une petite excoriation sur la cuisse gauche, et a l'imprudence de dire : « Voilà une jambe dont le malheureux ne se servira plus jamais. » Ce propos fut répété au malade qui fit une monoplégie hystérique persistant vingt-deux mois après.

Avant de porter le diagnostic d'hystéro-traumatisme, le médecin devra éliminer : 1° la simulation, 2° une lésion organique, 3° une association hystéro-organique.

1° La possibilité d'une *simulation* doit toujours être présente à l'esprit du médecin qui examine un blessé, même s'il n'est pas chargé du rapport médico-légal. Il est souvent facile de dépister ces faussaires, mais on doit se rappeler qu'il en est de très habiles, qui ont trompé les médecins les plus instruits. D'ailleurs, l'hystérique vrai n'est qu'un simulateur, mais inconscient. En cas de doute, on fera bien d'hospitaliser le malade pour mieux l'observer et, surtout, pour que l'observation soit de tous les instants et se fasse par le personnel infirmier en dehors du médecin dont le malade se défie.

2° Les *lésions organiques* sont souvent beaucoup plus difficiles à reconnaître, car le traumatisme peut produire des commotions cérébrales ou médullaires, dont les lésions peuvent guérir spontanément ou amorcer une maladie du système nerveux, comme le tabes, une myélite, la paralysie générale. Brissaud insiste sur cette distinction: « Les grands traumatismes peuvent produire à la fois des troubles liés aux lésions matérielles de la commotion et des phénomènes de pure névrose relevant de l'hystérie simple ou de l'hystéro-traumatisme. »

Les maladies organiques seront éliminées après un examen complet et méthodique du malade; on cherchera surtout les symptômes qui sont presque toujours pathognomoniques d'une lésion et que la volonté est impuissante à reproduire, en particulier l'œdème de la papille, l'abolition du réflexe pupillaire à la lumière, l'exophtalmie, les réflexes cutanés, les troubles trophiques (circulations et sécrétions), les modifications de l'excitabilité galvanique et faradique du nerf et des muscles.

MM. Forgue et Jeanbrau ont résumé, d'une façon très claire, les caractères différentiels des accidents hystéro-traumatiques les plus fréquents (paralysies, contractures, arthropathies) et des mêmes syndromes d'origine organique. Roux, dans un article relativement récent (1910), a également traité cette question au point de vue diagnostique. Nous n'entreprendrons pas ici de faire le diagnostic avec les diverses affections organiques dont elle peut revêtir le masque.

Nous n'aurions pour cela qu'à nous reporter aux caractères des manifestations hystéro-traumatiques décrits à la symptomatologie. Cependant, il n'est pas inutile de grouper les signes différentiels des paralysies hystériques qui constituent la manifestation la plus fréquente. Pour faire

ce diagnostic différentiel, on se basera surtout aux signes que la volonté est impuissante à reproduire, ainsi :

a) La volonté est impuissante à diminuer le tonus ; dans la paralysie hystérique, le tonus n'est jamais diminué. Si, parfois, il y a abaissement de la commissure des lèvres, c'est par contraction des muscles abaisseurs de ce côté, ou élévateurs de l'autre (Babinski). Il n'y a jamais, dans l'hystérie, d'effacement des plis du front (Babinski), jamais de flaccidité permettant aux segments de membre des excursions exagérées les uns sur les autres, jamais d'abaissement des plis cutanés.

b) Les troubles trophiques ou vaso-moteurs font défaut dans la paralysie hystérique ; ainsi, il n'y a ni atrophie, si ce n'est celle résultant de l'inactivité prolongée ; ni œdème, si ce n'est le léger gonflement de la main avec un peu de cyanose et de refroidissement résultant de la situation pendante avec inactivité ; ni modifications des réactions électriques ; ni aucun trouble de la nutrition des tissus.

c) Les réflexes tendineux ne sont pas modifiés dans les paralysies hystéro-traumatiques. Cependant, lorsqu'on percute le tendon rotulien, la jambe est vivement projetée, mais, au lieu de retomber immédiatement, elle est soulevée par plusieurs secousses successives, en même temps que se produisent d'autres contractions musculaires qui fléchissent la cuisse et, parfois, agitent tout le membre d'un tremblement convulsif. Tout se passe comme si le malade voulait simuler une *exagération du réflexe*. C'est là ce que Babinski a décrit sous le nom de *réflexe tendineux illégitime*. Cependant M. Roger a signalé des cas de paralysie hystérique avec exagération des réflexes.

Le réflexe achilléen n'est jamais modifié dans l'hystérie.

La vraie trépidation épileptoïde, qui est symptomatique d'une lésion ou du faisceau pyramidal, fait ici défaut ; par

contre, on peut voir la fausse trépidation épileptoïde, qui est très irrégulière comme rythme et amplitude des secousses et souvent se généralise à tout le membre.

d) Les réflexes crémastérien et abdominal sont également normaux dans l'hystérie traumatique.

e) On ne voit jamais, dans l'hystérie, des paralysies dissociées, c'est-à-dire comprenant exactement et uniquement le territoire d'un nerf périphérique ou d'une racine.

f) Pour simuler une parésie, faire en sorte qu'en paraissant donner tout son effort, en faisant durcir le muscle parésié, celui-ci ne donne cependant qu'une contraction sans force, la volonté dispose d'un moyen: le neutraliser par la contraction des antagonistes; l'hystérie l'emploie parfois. Ainsi, dans une parésie du membre inférieur, on place celui-ci en flexion, on ordonne au malade de l'étendre et on s'oppose à ce mouvement; lorsque le malade paraîtra donner tout son effort, on lâche brusquement; sur un sujet normal ou atteint de paralysie organique, le membre s'étendra aussitôt; il restera, au contraire, un moment immobile dans certains cas de paralysie hystérique, car les antagonistes étaient contractés (signe de Hosslin).

g) Dans les paralysies hystériques, les mouvements associés, qui ne sont pas sous la dépendance de la volonté, persistent, alors que, dans les paralysies organiques, ils manquent.

Dans la soi-disant paralysie faciale hystérique, il y a bien asymétrie des traits, mais si l'on ordonne au malade de regarder au plafond, le front se plissera symétriquement.

Le signe du peaucier de Babinski, qui est symptomatique d'une lésion organique, manque dans la paralysie hystérique.

Il en est de même du signe de Babinski de la flexion combinée de la cuisse et du tronc.

h) Le signe du gros orteil de Babinski manque toujours dans la paralysie hystérique. Malheureusement, il est trop fréquent que le réflexe soit indifférent, c'est-à-dire ne s'accompagne d'aucun mouvement du gros orteil.

i) Enfin, presque toujours chez l'hystérique, à la paralysie se superpose une anesthésie complète ayant les mêmes limites. Dans son raisonnement, un peu trop simpliste, l'hystérique s'imagine que les deux troubles doivent aller de pair.

En résumé, l'absence de toute lésion organique sera démontrée par la recherche négative des signes de Babinski, du signe de Hosslin, par l'examen électrique des nerfs et des muscles, l'examen radiographique, la persistance d'un bon état général.

3° *Diagnostic de l'association hystéro-organique.* — Lorsqu'on connaît les signes des lésions organiques et des troubles névrosiques, il sera facile de diagnostiquer l'association hystéro-organique, mais, pour cela, il faut y penser. En effet, combien de fois on se contente de faire le diagnostic de névrose simple et on laisse passer inaperçues des lésions organiques! Aussi faut-il faire toujours un examen complet et méthodique du malade et rechercher les signes que la volonté est impuissante à reproduire.

PRONOSTIC ET APPLICATION MEDICO-LEGALE

L'hystéro-traumatisme est une affection tenace, peu influencée par le traitement, lorsqu'elle date de plusieurs mois et surtout de plusieurs années.

Le pronostic n'est pas grave, en ce sens que la vie n'est pas menacée, mais la capacité professionnelle est fortement amoindrie. Malgré cela, l'incapacité qui résulte d'une paralysie ou d'une arthropathie hystérique doit être considérée, en dehors de toute application à la loi de 1898, comme temporaire, car elle peut disparaître spontanément. La guérison survient quelquefois très peu de temps après l'obtention de l'indemnité. Témoin le cas du jeune malade du professeur Raymond qui dansait au Moulin-Rouge, le soir du jour où on lui avait accordé 15.000 francs de dommages-intérêts, pour une paralysie hystéro-traumatique. Et ce malade n'était pas un simulateur. Le règlement des litiges est une condition favorable pour amener la guérison et il est indiqué de ne pas laisser traîner en longueur la réparation pécuniaire des hystéro-traumatismes. C'est le meilleur moyen d'empêcher l'état de certains malades de s'aggraver et de devenir incurable.

Les éléments du pronostic seront tirés, dit le Pr Raymond : 1° de la variété de la manifestation hystéro-traumatique : une paralysie est plus tenace qu'une arthropathie ou une anesthésie ; 2° de l'ancienneté de l'affection : plus

l'affection est récente, plus elle a de chances pour guérir facilement; 3° de la prédisposition héréditaire ou acquise du sujet: un hystérique avéré, présentant plusieurs stigmates de la névrose, guérira difficilement; 4° du rôle plus ou moins direct du traumatisme, s'il a été insignifiant, c'est que l'individu était candidat à l'hystérie; en ce cas, le pronostic est mauvais.

La récidive est assez fréquente, même à échéance très longue, sous l'influence ou non d'un nouveau traumatisme. Exemple le malade de Nothnagel: un forgeron de 36 ans est frappé par un éclair en 1873. Il fait une monoplégie brachiale droite pour laquelle on l'électrise sans succès pendant plusieurs semaines. Puis sa paralysie disparaît brusquement et il reprend son travail. Il reste guéri pendant six ans. Un jour de 1879, il fait un grand effort pour soulever un marteau: la paralysie de la main droite reparaît soudainement. Nothnagel l'examina quatre mois après; après huit séances d'application d'un aimant, le malade était guéri.

Devant les tribunaux, le médecin peut être appelé à se prononcer dans deux conditions tout à fait différentes; les difficultés ne se ressemblent en rien:

a) Pour les voyageurs de chemins de fer, le blessé est soumis à la juridiction du droit commun. Il n'y a pas de délai; le médecin expert peut différer autant qu'il le désire avant que le pronostic ne soit affirmé;

b) Pour les blessés dans leur travail, la loi du 9 avril 1898 est ainsi faite qu'il y a intérêt à hâter la solution, car le blessé reçoit la moitié de son salaire jusqu'au règlement définitif. De plus, les retards aggravent et « fixent » les accidents accusés par le malade. « Plus on les fait attendre, plus les troubles s'accentuent et plus la neurasthénie inhibe leur intelligence et leur volonté: les hésita-

tions du médecin ne font que confirmer la certitude qu'ils ont de ne jamais guérir. La multiplicité des enquêtes, des examens, des consultations, des expertises, développe et entretient chez eux la conviction que leur mal déroute et déconcerte les savants les plus avisés. Si, par malheur, ils font l'objet d'une démonstration clinique, ils se considèrent par surcroît comme des « cas extraordinaires », et cette singulière vanité, qui complique leur névrose, les rend encore plus réfractaires à la psychothérapie du simple bon sens, qui doit être la base du traitement. » (Forgue et Jeanbrau.)

Auprès d'un accidenté, le médecin doit toujours affecter la plus complète certitude sur la bénignité des accidents.

Etant donné que le responsable paie la moitié du salaire jusqu'au règlement définitif, étant donné que les débats aggravent encore la maladie, il faut finir l'affaire au plus vite. Pour cela, le médecin expert « n'hésitera pas à évaluer la réduction de capacité ouvrière à 2, 3, 4, 6, 10 p. 100 et très exceptionnellement davantage, suivant les cas, et il fixera le jour de la « consolidation » de la blessure au jour où son examen lui aura permis de considérer l'affection comme médicalement incurable ». Mais l'expert fera bien d'émettre un restriction dans les paragraphes de son rapport où le diagnostic sera discuté et de la rappeler dans les conclusions. Afin que cette explication soit intelligible pour le juge et les hommes d'affaires, on pourra s'exprimer ainsi : « L'affection présentée par le blessé n'est pas causée par une altération anatomique, mais par un trouble de fonctionnement du système nerveux dont il est impossible de prévoir les suites, mais qui peut disparaître spontanément ; en effet, la guérison du trouble dont il s'agit est subordonnée à la bonne volonté et aux efforts du patient. Tout traitement médical est devenu inutile. Le

seul traitement efficace est la reprise du travail, qui doit être progressive, méthodique, patiente et soutenue. Dans ces conditions, le blessé peut espérer la guérison complète et définitive. Mais il ne saurait l'attendre que de lui-même. » (Forgue et Jeanbrau.)

Quand l'affaire est ainsi liquidée, que va-t-il se passer?

Le blessé guérit, le responsable est désavantagé. L'état du blessé reste stationnaire; dans ce cas, le blessé est désavantagé, car l'indemnité allouée est au-dessous du dommage causé; le tribunal l'a accordée en raison de l'espoir de guérison.

Son état s'aggrave: le dommage fait au blessé est encore plus considérable.

La loi a accordé un délai de trois ans pour reviser le procès. Que va-t-il se passer?

Le blessé est guéri: le médecin doit-il conseiller à l'assureur de demander la revision? C'est là une question des plus délicates. Il importe de distinguer la forme des accidents. S'il s'agit de paralysie ou de contracture, si la guérison s'est faite spontanément après obtention d'une rente viagère, l'assureur a tout intérêt à demander la revision, car la récidive ne se produira pas fatalement. Mais, si les accidents étaient plutôt neurasthéniques, le médecin devra conseiller à l'assureur de s'abstenir, car le blessé retombera probablement dans son mal à la nouvelle d'un nouveau procès; l'assureur en sera pour ses frais de procédure.

Dans les cas d'aggravation, le médecin doit conseiller au blessé de demander la revision de son procès. Mais ces faits sont tout à fait exceptionnels. « Jamais je n'accorde plus de 10 p. 100 à un blessé atteint d'hystéro-traumatisme pur, sans lésion organique, s'il est sain et robuste. Nous n'avons jamais eu un seul cas de revision; j'ai acquis l'ab-

solue certitude que, contrairement à l'opinion de Charcot, la névrose traumatique guérit toujours (et même promptement) quand on ne s'intéresse pas au blessé. Ma moyenne des déductions est de 3 à 5 p. 100. J'ai l'intime conviction que cette mesure est sage, tutélaire, toute à l'avantage du blessé, de sa famille, de ses enfants — et de l'exemple. » (Brissaud.)

TRAITEMENT

Le médecin ne doit pas abandonner ces malades, en leur ordonnant simplement du bromure, des douches, des frictions sèches ou du massage. Il doit intervenir, dès le début, par un traitement quotidien, qu'il ne confiera pas à un infirmier, mais qu'il appliquera lui-même. Voici les règles de ce traitement, telles que les donne Gilbert-Ballet, dont on sait la compétence sur ce sujet.

« D'abord, l'application du traitement doit être aussi précoce que possible. Telle hémiplégie hystérique qui cède vite et définitivement, si on s'occupe de la soigner quand elle ne date encore que de quelques jours, sera déjà plus résistante, si elle remonte à plusieurs semaines, étrangement tenace si elle dure depuis des mois, souvent indélébile et incurable si elle remonte à des années... » On ne guérit ni un alcoolique, ni un morphinomane quand ils le sont depuis longtemps ; on ne guérit pas davantage un très vieil hystérique. En effet, que l'habitude soit consciente ou subconsciente, il importe peu : c'est toujours une habitude résistante et immodifiable.

» Soit une hémiplégie hystéro-traumatique, avec ou sans hémianesthésie. Elle équivaut, en pratique, à l'oubli, de la part du malade, des mouvements devenus difficiles ou impossibles. Le traitement doit viser à produire une véritable rééducation motrice.

» Il suffit, pour la réaliser, d'une machine faradique de 20 francs et de patience; et il faut agir en manifestant, dans les heureux effets du traitement, une conviction que l'on s'efforcera de faire partager au malade.

» On place les deux rhéophores, dit Gilbert-Ballet, sur les muscles fléchisseurs de l'avant-bras, par exemple; sous l'action du courant, les muscles se contractent, les doigts se fléchissent sur la main; on attire alors l'attention du malade sur le mouvement qui se produit, en l'invitant à constater par lui-même que les muscles se contractent parfaitement. Puis on l'invite à faire l'effort mental nécessaire pour reproduire ce mouvement.

» Il est bien rare, qu'à son grand étonnement, le patient ne s'aperçoive pas que le mouvement en question, qui tout à l'heure était impossible, est maintenant réalisable en totalité ou en partie. Chez certains malades, ce résultat s'obtient vite; chez d'autres, plus lentement; mais, en insistant, même sur le ton impératif, on doit toujours y parvenir.

» Dans les cas récents, il suffit même de promener les électrodes sur le membre en faisant contracter les muscles. Dès que le malade voit se produire un changement quelque peu appréciable dans son état, il devient facile d'achever sa rééducation très rapidement. Ainsi, en deux ou trois séances, on arrive à faire marcher des hémiplégiques très correctement, lorsque l'hémiplégie est de date récente.

» Les mêmes moyens conviennent pour faire disparaître les anesthésies. Il suffit, parfois, de deux ou trois séances de faradisation superficielle pour dissiper une anesthésie qui, si on la néglige, tendra, au contraire, à s'établir en permanence. Quand les troubles de la sensibilité sont plus accusés et plus résistants, on doit les attaquer par des procédés plus compliqués; on commence par créer une zone

de sensibilité, ce qui s'obtient en laissant d'ordinaire le pinceau en place sur le même point jusqu'à ce que le malade déclare sentir le courant. Puis on agrandit la zone en promenant l'électrode autour de ses limites. Il arrive alors assez communément que le malade, bien qu'il perçoive l'excitation électrique, ne sente ni la piqûre, ni la chaleur, ni le contact; mais on arrive, par une rééducation progressive, à lui restituer les divers modes de la sensibilité. »

» Quand on a agi de la sorte sur un groupe de muscles, on passe à un autre groupe: aux extenseurs des doigts, aux fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras, aux élévateurs de l'épaule. On provoque d'abord le mouvement avec le courant faradique, puis on le fait ensuite exécuter spontanément, et il n'est pas rare, à la fin d'une séance de 20 minutes, de voir le malade qui, au début, ne pouvait exécuter aucune contraction musculaire, porter la main à sa bouche ou la mettre sur sa tête.

» Contre la paralysie des membres inférieurs, on procède de la même façon: le malade étant couché, on faradise le quadriceps crural par exemple, puis on fait exécuter spontanément le mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin; on passe ensuite à un autre groupe de muscles; ainsi, peu à peu, on rééduque les mouvements simples, ensuite les mouvements combinés dont l'exécution correcte permet la marche normale. Les malades ont toujours tendance dans la marche, à ne pas fléchir suffisamment le genou et à traîner le pied; on peut alors, au temps qui correspond à cette flexion, appliquer le courant sur le quadriceps qui alors se contracte, d'où soulèvement meilleur de la cuisse. La rééducation fonctionnelle s'exécute, en général, très vite par cette sorte de persuasion. »

CONCLUSIONS

L'hystéro-traumatisme est constitué par un groupe de manifestations névrosiques, généralement tenaces, survenant à l'occasion d'un choc physique ou moral et reproduisant tout ou partie de la symptomatologie de l'hystérie.

Au point de vue étiologique, il faut y distinguer trois facteurs importants, qui sont : le traumatisme physique, le choc moral et, enfin, l'état nerveux du sujet.

Au point de vue symptomatique, l'hystérie traumatique ne se distingue en rien de l'hystérie d'autre origine. On pourra donc observer l'hystérie générale, c'est-à-dire des crises d'hystérie, ou bien des manifestations locales. Ces dernières peuvent être *motrices* (comme les paralysies, les contractures et les tremblements), sensitives (comme les anesthésies et hyperesthésies), sensorielles (troubles de la vue, de l'audition, du goût) et, enfin, psychiques.

Pour faire un diagnostic différentiel complet de l'hystéro-traumatisme, il faut successivement : 1° dépister la simulation ou l'exagération volontaire ; 2° éliminer, par un examen complet méthodique, l'hypothèse d'une lésion organique cérébrale, médullaire, névritique ou articulaire ; 3° discuter la possibilité d'une association hystéro-organique.

Le pronostic de l'hystéro-traumatisme n'est pas grave

pour la vie, mais souvent grave pour la fonction, car la capacité professionnelle est fortement amoindrie.

Le traitement de l'hystéro-traumatisme doit être aussi précoce que possible et quotidien ; il doit viser à produire une véritable éducation de la fonction altérée par la faradisation, les douches et les bromures.

BIBLIOGRAPHIE

Abundo (d'). — Etats névropathiques consécutifs au tremblement de terre du 28 déc. 1908 en Sicile. Rivista.

Acostini. — Hémianesthésie sensitivo-sensorielle et incontinence d'urine dans un cas d'hystérie traumatique. Annales del Manicomio provinciale de Perugio, avril-sept. 1909, R. N., 1911, II, p. 392.

Ajello. — Sur un cas de psychonévrose traumatique. Gazetta medica siciliena, 15 juin 1911.

Aldrich. — Etiologie de la psychonévrose communément dénommée neurasthénie traumatique et hystérie traumatique. Ohio State medical journal. Columbus, janvier 1908.

Bailey. — Névro-traumatisme mosaïque psychologique. New-York medical journal, janv. 1910. R. N., 1910, I, 649.

— Traumatique nevrosis retrospect. and farecast. Cleveland medical journal, fév. 1913.

Benon. — Neurasthénie traumatique suivie de manie. Congrès de Tunis. 1er-7 avril 1912. R. N., 1912, p. 778.

Berbez. — Thèse de Paris, 1887.

Billstom. — Pronostic de la névrose traumatique. Higica, 1910, p. 1086 et 1359. R. N., 1912, I, p. 516.

Blum. — De l'hystéro-neurasthénie traumatique. Paris, Hasselin et Houzeau, 1893.

Brouardel et Gilbert. — Traité de médecine.

Chopart. — La névrose traumatique et la loi sur les accidents du travail. Thèse de Paris, 1906-07, n° 19.

Claude. — Affection nerveuse post-traumatique. La Clinique, p. 140, 24 nov. 1911. R. N., 1912, p. 578.

Cramer. — Le rôle de l'esprit dans les affections nerveuses provoquées par un accident et vis-à-vis des employés nerveux. Deut. Med. Woch., 21 mars 1911, p. 537.

Crocq. — Les névroses traumatiques. Bruxelles, 1896.

Delbet et Veau. — Névroses traumatiques. *In* Traité de chirurgie de Le Dentu.

Durand-Bonnal. — L'hystérie traumatique au point de de vue médico-légal. Thèse de Montpellier, 1903-1904, n° 15.

Drysdale. — Responsability of the physican in traumatic nevroses. Lancet Cl. Cincinnati, 29 oct. 1911.

Ely. — Medico-legal aspect of traumatic nevroses. Journal of iowa state medical society, 1er mars 1912.

Esposito. — Hystérie traumatique locale. Rivista italiana di neuropathologica, etc., février 1910. R. N., 1910, II, 5 et 7.

Fayet. — Névrose traumatique consécutive à un accident de chemin de fer. Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux, 26 juillet 1908, p. 351.

Forgue et Jeanbrau. — Guide pratique du médecin dans les accidents du travail, leurs suites médico-légales et judiciaires, 2e édit., 1909.

Friedel. — Pronostic des névroses traum. Mon. für Psych. und Neurol., 1909. R. N., 1911, I, 629.

Gayet, Gallavardin et Laurent. — Hystéro-traumatisme avec épilepsie jacksonienne. Lyon médical, 1908, p. 289.

Galanti. — Névroses traumatiques et lésions auriculaires consécutives à un traumatisme cranien. Annali di électricita medica et serapia fisica, Naples, 1909. R. N., 1911, II, p. 46.

Glynn. — Traumatic neurosis. Lancet, London, 5 nov. 1910.

Haenel. — Hystérie traumatique. Gesell. für Natur. und Heilk., Dresde, 14 oct. 1911.

Harris. — Traumatic neurasthenic practitionner. London, janvier 1911.

Horn. — Ueber Nevrose Erkrankungen Nacht. Eisenbahn Unfaellen, in-12, 152-pages. Marcus und Weber, Bonn, 1913.

Jarochwsky. — Dermographisme blanc comme symptôme objectif précoce de névrose traumatique. Revue russe de psychiâtrie, etc., n° 8, 1907. R. N., 1907, p. 1076.

Levillain. — La neurasthénie. Paris, Baillière, 1893.

Lobligeois. — Un cas d'hystéro-traumatisme. Journal de médecine de Paris, 23 déc. 1911.

Markoff. — Thèse de Paris, 1900-1901, n° 617.

Mendel. — Ueber den Selbstmord bei Unfall Verl. Monats. für Psych. und Neurologie, 1913, n° 4.

Miller. — Pronostic de la névrose traumatique. Ohio state medical journal, Columbus, nov. 1910.

Mitchell. — Neurasthénies et psychoses post-opératoires et post-anesthésiques. The amer. journ. of the med. science, juillet 1911. R. N., 1912, I, p. 189.

Maglie. — Diagnostic de la névrose traumatique. Un vol. de 204 pages, Rome, 1909.

Nonne. — Um Fallnevrosen. Aerztlicher Verein in Hambourg, 7 juin 1910.

Ollive et Le Meignen. — Pronostic des troubles nerveux

post-traumatiques, hystéro-traumatisme, névrose traumatique. Gaz. méd. de Nantes, p. 777-789.

Oppenheim. — Die traumatischen Neurosen. Berlin, 1889.

Palmer. — Névroses et psychoses traumatiques. Practitioner London, juin 1911.

Parisot. — Hystéro-neurasth. traum. chez les vieillards. Congrès de médecine, Paris, 1907.

Pototzky. — Associations d'idées dans les névroses traumatiques. Monats. für Psych. und Neurol., 1909, p. 521. R. N., 1911, p. 629.

Pradel, Vabre et Cavallier. — Hystéro-traum. à forme de spasmes saltatoires. Montp. médical, 24 mars 1907.

Rebizzi. — Névrose traumatique. Annali di Manicomio provinciale de Perugia, 1908.

Roger (Henri). — De l'exagération des réflexes dans l'hystérie. Montpellier méd., 1907-08, n° 95.

Roux. — Hyst.-traumatisme. Nouvelle iconographie de la Salpétrière, p. 202, mars-avril 1910.

Sachs. — Hyst. traumatique. Soc. de psych. et de neurol. de Berlin, 1906.

Salinger. — Névrose traumatique. Pennsylvania medic. journ., Athènes, juin 1911.

Salmon. — La nevrose traumatica. Un vol. in-8°. Ed. Torinese, Turin, 1913.

Thomson. — Neurasthénie traumatique. Cl. Journ., London, 5 juin 1912.

Van Touront. — Algies centrales post-traumatiques. Th. de Lille, 26 nov. 1909.

Walker. — Traumatic nevroses. Journal of Hansas medical society. Hansas City, oct. 1911.

Weinen. — Beitrag zur Kenntniss und Kasuistik der Neurosen Nacht. Elect. Unfällen. Dissertation München, 1911, p. 25.

Wikner. — Névrose traumatique. Hygica, 1908. R. N., 1909, p. 1397.

Williams. — Cure of traumatic nevroses. Atlanta journal record of medecine, déc. 1909.

— Case of traumatic neuroses illustrating successful psychotherapic. Lancet Clinic., Cincinnati, 11 déc. 1909.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 décembre 1914
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 décembre 1914
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !